Rok XXXIII. Kraków 3. Lutego 1894 r. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 31, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 31, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 4)

Choroby twardówki.

1) C. S. 40-letnia. *Retroflexio uteri.* Cierpi na lewe oko od roku z górą. W okolicy dolnej i wewnętrznej części gałki nastrzykanie naczyń spojówki gałkowej z widocznym odcieniem fiołkowym; znaczny naciek odpowiednich odcinków rogówki. Ciągłe bóle głowy, obfity łzotok. Suche kataplazmy, kokaina, leczenie cierpienia macicznego, obfite dawki salicylanu sodowego.

12. Lipca. Nastrzykanie spojówki mniejsze, jednakże naciek rogówki posunął się znacznie dalej ku środkowi. Prócz środków powyższych opatrunek uciskający.

20. Lipca. Nastrzykanie znaczniejsze, naciek posuwa się dalej. Bóle głowy nie do zniesienia. Wstrzyknąłem sublimat.

25. Lipca. Bóle głowy ustały nazajutrz po wstrzyknięciu (dopomogło tu zapewne usunięcie opaski uciskającej); naciek rogówki jak poprzednio. Powtórnie wstrzyknąłem sublimat; potem wstrzyknąłem go jeszcze sześć razy w odstępach czterotygodniowych.

28. Sierpnia. W obrębie dolnej i zewnętrznej części gałki spojówka zbladła; pozostała w niej tylko barwa błękitnawa, odpowiednie w rogówce zaćmienie, jakby *arcus senilis*, z tą tylko różnicą, że zaćmienia nie oddzielało od rogówki pasemko tkanki przeźroczystej, lecz łączyło się wprost z rąbkiem spojówkowym.

2) Marya R., 22-letnia. Dzieje tej chorej znam dobrze od lat dziesięciu. Mianowicie przed 10-ciu laty przybyła do mnie z czterema wrzodami na brzegu lewej rogówki, z których każdy miał średnicy przeszło 3 mm.; zajmowały one więc razem bardzo znaczną część powierzchni rogówki. Dopiero po upływie 4 tygodni wrzody się wygoiły, pozostawiwszy znaczne bielma. We dwa lata później cierpiała chora na zapalenie rogówki (pryszczykowate) przez cztery miesiące, poczem pozostały zamglenia, które zajęły już nietylko obwodowe części, lecz nawet część środka rogówki w obrębie źrenicy położoną. We dwa lata później choroba znów powróciła, lecz wówczas chorej nie widziałem. Udawała się na kuracyę za granicę i spędziła sezon w Kreuznach. Dodam nawiasem, że żadnych objawów kiły dziedzicznej u chorej nie było. Odtąd oko lewe co kilka miesięcy czerwieniało, łzawiło, na rogówce powstawały coraz to nowe zaćmienia.

4. Lutego 1893 r. znalazłem: rogówka zupełnie prawie zaćmiona, tylko w samym jej środku i nieopodal brzegu dolnego, w kierunku południka pionowego pozostały miejsca przeźroczyste o średnicy ledwo 1 mm. W obrębie dolnej, wewnętrznej części gałki bardzo znaczne nastrzykanie naczyń spojówki gałkowej z odcieniem wyraźnie fiołkowym; przyłączyła się więc sprawa zapalna nadtwardówkowa. Kataplazmy, kokaina, opatrunek uciskający, wewnątrz jodek potasu. Po upływie czterech tygodni spojówka cokolwiek zbladła, $V = {}^{10}/_{200}$.

6. Maja. Na brzegu wewnętrznym rogówki wrzód o brzegach wyniosłych a dnie brudnem, średnicy przeszło 3 mm., przeważnie w rogówce położony, ku któremu zmierza gruby pęk naczyń. Pozostałe części spojówki gałkowej zupełnie prawie blade. Wrzód po zastosowaniu kreoliny wygoił się w ciągu ośmiu dni, naciek jednak rogówki zwiększył się znacznie.

10. Czerwca. Spojówka gałkowa wszędzie blada, jednak pęk naczyń, który zmierzał ku dawnemu wrzodowi, pozostał jak dawniej, naciek zaś rogówki jest najznaczniejszym obok jej brzegu wewnętrznego. Pęk ten przeciąłem głęboko, do samej białkówki, nacinaczem Desmarresa, poczem znikł po upływie trzech tygodni, pozostawiając jedno tylko naczynie krwionośne; naciek zaś rogówki w pobliżu jej brzegu wewnętrznego zmniejszył się cokolwiek.

10. Sierpnia. Wstrzyknąłem sublimat; powtórzyłem następnie wstrzyknięcia 6 razy w przerwach czterodniowych.

3. Września. Rogówka w środku, w obrębie całej prawie źrenicy jest przeźroczysta, stały się również przeźroczystemi trzy pola na jej powierzchni, każde przeszło 2 mm. wielkości, a położone ku wewnątrz, ku zewnątrz i ku dołowi. Naciek rogówki zmienił swą postać; dawniejszy odcień szarawy ustąpił prawie zupełnie, zamglone części przybrały barwę bardziej białawą. Spojówka gałkowa zupełnie blada. $V = {}^{20}/_{70}$. Przeczekawszy jeszcze trochę, można będzie pomyśleć o tatuowaniu rogówki.

W miąższowem zapaleniu rogówki próbowałem wstrzykiwań sublimatu w trzech przypadkach, lecz w żadnym z nich nie widziałem najmniejszej różnicy w przebiegu choroby.

Choroby tęczówki.

Stósowałem sublimat w czterech przypadkach samoistnego zapalenia tęczówki, lecz w trzech z nich leczenie to na przebieg choroby nie wywarło żadnego wpływu. W jednym przypadku otrzymałem natomiast wynik nadzwyczaj pomyślny.

N. A., 38-letni, w końcu Lipca z. r. zachorował na zapalenie tęczówki lewego oka. Zaczął się leczyć dopiero po upływie tygodnia. Stósowano wcierania szaruchy z beladoną na skroni, salicylan sodowy, atropinę (1%) tylko dwa razy dziennie. Wobec ciągłego pogarszania się stanu przybył do Kijowa.

5. Sierpnia 1893. Stan zapalny bardzo mocny; ostatnie trzy noce zupełnie bezsenne. Źrenica całkiem niewidoczna; w jej obrębie obfity wysięk. Po wkraplaniu przez dwa dni (po 10 razy dziennie) atropiny 2% z kokainą 3% źrenica wcale się nie rozszerzyła; fenacetyna i antipyryna bólów nie uśmierzyły. Wskazówek co do swoistego pochodzenia sprawy najzupełniej żadnych. Wstrzyknąłem sublimat. stósując dalej atropinę z kokainą.

7. Sierpnia. Bóle zmniejszyły się o tyle, że chory już pierwszej nocy po wstrzyknięciu spał kilka godzin. Równocześnie w dwóch kierunkach: ku zewnątrz i ku wewnątrz źrenica zaczęła się rozszerzać, na dnie zaś komórki przedniej spostrzegłem nieznaczną ilość ropy.

9. Sierpnia. *Hypopyon* znikło. Drugie wstrzyknięcie.

14. Sierpnia. Brzeg źrenicy oderwał się jeszcze w kilku miejscach, wysięk w obrębie źrenicy w znacznej części wessany. Trzecie wstrzyknięcie.

18. Gałka blada, ku dołowi, ku górze i ku zewnątrz źrenica zupełnie rozszerzona, ku wewnątrz szeroka tylna przyczepina, w jej zaś pobliżu złogi na torebce soczewki, które zajmowały dość znaczną część jej powierzchni. Mimoto $V = {}^{20}/_{70}$.

Choroby naczyniówki i siatkówki.

1) Anna S., 42-letnia.

25. Maja 1893. Prawe oko M—10 D, $V = {}^{10}/_{100}$, lewe oko M—9D $V = {}^{10}/_{200}$. Zamglenia ciałka szklanego w obu oczach, rozległe zmiany zanikowe w okolicy tylnego bieguna, zajmujące w części obie plamki żółte. Czytanie prawie niemożliwe, zwłaszcza prawem okiem. W ciągu ostatnich trzech lat stósowano dwa razy do roku sztuczne pijawki. Zaleciłem pigułki Bietta i 15 wstrzyknięć podskórnych strychniny na skroni.

25. Lipca. Zmiany żadnej. Wstrzyknąłem sublimat po cztery razy na każdem oku, w odstępach czterodniowych.

30. Sierpnia. V O.D $= {}^{20}/_{70}$, V O.S $= {}^{20}/_{50}$. Zamglenia ciałka szklanego ustąpiły bez śladu.

2) A. T., 35-letni.

Przed dwoma laty, gdy po raz pierwszy badałem chorego, znalazłem: M—9D, $V = {}^{20}/_{100}$. Zmiany zapalne w postaci drobnych, odosobnionych wysepek, zajmujące okolice obu plamek żółtych. Czyta z trudnością 1·25 Sn. Kiłowe zakażenie przed dwoma laty. Chory udał się na Kaukaz, gdzie go leczono wcieraniami szaruchy i stósowano kąpiele siarczane. W rok później zmiany żadnej nie znalazłem. Zaleciłem 10 podskórnych wstrzyknień strychniny, po których jakkolwiek bystrość wzroku pozostała ta sama, jednakże chory mógł czytać Sn. 1. Na wiosnę r. b., według słów chorego, wzrok pogorszył się o tyle, że prawem okiem czytać wcale już nie mógł, lewem zaś tylko największy druk i jakkolwiek żadnych innych objawów kiły nie było, udał się jednakże powtórnie na Kaukaz, gdzie poddał się poprzedniej kuracyi; wzrok wszakże stopniowo pogarszał się tak, iż 2. Sierpnia 1893 r. znalazłem V O.D. ${}^{8}/_{10}$, V O.S. ${}^{5}/_{100}$, zmiany zaś w okolicy plamek żółtych postąpiły o wiele dalej. Po czterokrotnem wstrzyknięciu sublimatu do obu oczu w odstępach czterodniowych osiągnąłem: V O.D. ${}^{15}/_{100}$, V O.S ${}^{20}/_{100}$, czyta Sn. 0.8.

W typowem zwyrodnieniu barwikowem siatkówki stósowałem sublimat w dwóch przypadkach, lecz w żadnym nie osiągnąłem najmniejszej poprawy.

Zarówno więc z prac poprzednich, jakoteż z przytoczonych tu przypadków przyjść musimy do wniosku, że wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę gałkową stanowią środek leczniczy nie do odrzucenia, gdyż niewątpliwie wywierają wpływ na przebieg wielu spraw chorobowych, nadto wpływ ten występuje rychlej, niż po zastósowaniu innych sposobów leczenia. Jak atoli wytłómaczyć to działanie sublimatu? Cierpienia, w których dotąd używaliśmy sublimatu, dwóch są kategoryj: Do jednej należą sprawy powstałe wskutek zakażenia, sprawy, w których udział czynny drobnoustrojów nie może ulegać wątpliwości. Otóż już z pracy J. E. Weeksa (*Arch. f. Augenheilk. XIX*, str. 112) wiemy, że sublimat w rozczynie 1:10000, działając wprost, zabija stanowczo drobnoustroje po 14 sekundach, że dalej rozczyn 1:20000, dokonywa tegoż w ciągu 12—15 minut. Zdawaćby się jednak mogło, że rozczyn sublimatu, przechodząc przez tkanki żywe, wskutek niezbędnych oddziaływań chemicznych, stracić może swą siłę bakteryobójczą. Jednakże z badań Ovio wiemy, że przesączając się przez ciałko szklane nie traci on tej siły, w znacznym przynajmniej stopniu. Że Pflüger otrzymał pomyślne wyniki wstrzykując trójchlorek jodu, nie może to bynajmniej wpłynąć na zmianę poglądu naszego. Z doświadczeń Weeksa (t. s. str. 115) wiemy, że woda chlorowa świeżo przygotowana niszczy żywotność drobnoustrojów w ciągu $1^{1}/_{2}$ minuty; zdaniem znów Pflügera (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*) 1892, str. 171) trójchlorek jodu działa o wiele mocniej od wody chlorowej. Tak więc działanie sublimatu w przypadkach zakażenia polega najprawdopodobniej na jego działaniu bakteryobójczem. Nie chodzi tu koniecznie o zupełne zabicie drobnoustrojów; dość będzie przynajmniej osłabić ich żywotność, gdyż zyska na tem znacznie odporność tkanek.

Do drugiej kategoryi należą przewlekłe sprawy zapalne, co do których o wpływie drobnoustrojów nie może chyba być mowy. Wiemy wszakże, iż w cierpieniach tych, niektórych zwłaszcza, oddawna używano sublimatu wewnętrznie, nie możemy też zaprzeczyć względnie pomyślnym wynikom tego sposobu leczenia; działanie zatem jeszcze łatwiej nastąpić może, gdy środek zastósujemy za radą Dariera więcej miejscowo, więcej pośrednio. Co się tyczy sposobu działania, to powtórzę tu tylko za Gepnerem, że „przypuścić należy, że wchodzi tu w grę działanie rtęci jako *antiplasticum dissolvens*, wpływając na wchłonienie produktów zapalnych i przez poprawienie ukrwienia podnosząc odżywianie“.

Mamy przeto następujące wskazania do stósowania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu:

1) Naprzód w przypadkach nagromadzenia się ropy w komórce przedniej. W niektórych razach środek ten nie pomaga. Przekonali się o tem już Simi, Darier i Gepner; ja również niezawsze pomyślne osiągnąłem wyniki. Miałem trzy takie przypadki; były one nadzwyczaj ciężkie, bardzo zadawnione, ropa całkowicie wypełniała komórkę przednią; w dwóch przypadkach chorzy przybyli już po samodzielnem przedziurawieniu rogówki. W jednym otrzymałem całkowite bielmo, w dwóch innych udało mi się ocalić dość znaczne części rogówki dla późniejszej irydektomii, cała zaś sprawa gojenia się trwała ledwo dwa tygodnie.

2) W przypadkach zakażonych ran gałki, jako środek leczniczy.

3) W tych samych przypadkach, jako środek zapobiegawczy. Myśl podał Darier; Gepner zaś, uzasadniając zdanie co do urazów przypadkowych, słusznie mówi, że widząc po raz pierwszy chorego, niepodobna rozstrzygnąć, czy też rana nie jest już zakażoną; powtóre, uwzględniając znaną teoryę Deutschmanna, moglibyśmy w ten sposób zapobiedz w samym początku współczulnemu zapaleniu drugiego oka. Co do przypadków urazów chirurgicznych, stósowanie wstrzykiwań jako środka zapobiegawczego zakażeniu ledwo nie we wszystkich przypadkach, uważam razem z Gepnerem za zupełnie niepotrzebne, gdyż obecnie nietylko w prawidłowo urządzonych zakładach, lecz nawet w przypadkach operowanych w otoczeniu względnie bardzo niepomyślnem, o zakażeniach ran operacyjnych słyszymy coraz rzadziej. Stósowanie wstrzykiwań zapobiegawczych ograniczyć należy chyba do przypadków, wymagających operacyi, w których możemy przypuścić, że zakażenie już poprzednio mogło nastąpić.

4) W ciężkich, uporczywych zapaleniach tęczówki, zwłaszcza połączonych z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej.

5) W zapaleniach twardówki.

6) W zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów.

Jako zarzut przeciwko leczeniu wstrzykiwaniami podspojówkowemi sublimatu możnaby przytoczyć okoliczność, że sposób leczenia jest przykry dla chorych. Już Secondi mówi, że rozczyny mocniejsze nad $^1/_2\%$ wywoływały bardzo mocne bóle i obrzmienia spojówki gałkowej. Simi (*Bull. d'ocul. XI*, str. 126) również mówi o mocnych bólach, opuchnięciu powiek, obrzmieniu spojówki gałkowej, nawet wysadzeniu oka. Gepner mówi, że wstrzykiwania wywołują ból, który trwa nieraz kilka lub kilkanaście godzin, dalej, że niekiedy powstają bardzo obfite wybroczyny podspojówkowe. Jeżeli się używa do wstrzykiwań jednej przedziałki strzykawki rozczynu 0,1% sublimatu, nazajutrz (str. 764) „oko jest dość znacznie podrażnione, widzimy wyraźny obrzęk łącznicy, naczynia krwionośne są mocno nastrzyknięte a pod łącznicą widać ciecz żółtawą, surowiczą i liczne drobne wynaczynienia...“. „W miejscu zastrzyknięcia tworzy się rodzaj blizny, łącznica zrasta się z białkówką, względnie z torebką Tenona i białkówką tak, że wprowadzenie igły przy powtórnych zastrzykiwaniach nieraz bywa bardzo trudne. Miejsca takie przybierają barwę blizny biało-niebieskawej“. W kilku przypadkach otrzymał nawet ograniczoną zgorzel spojówki.

W istocie zjawiska opisane spostrzegałem w pierwszych przypadkach, w których używałem rozczynu sublimatu 0,1%. Gepner słusznie tłómaczył je drażniącem działaniem mocnego rozczynu. Po użyciu mocnych rozczynów nie spodziewałem się żadnej korzyści już dla tego samego, że przejście do naczyń chłonnych o wiele łatwiej nastąpić może za użyciem słabych rozczynów, nie działających żrąco na tkanki. To też bardzo prędko zacząłem używać rozczynu o połowę słabszego, zastrzykując natomiast po 3—5 przedziałek. Oko zawsze znieczulałem zupełnie, wkraplając rozczyn kokainy trzy razy w odstępach pięciominutowych. Następnie ujmowałem szczypczykami fałd spojówki i wprowadzałem doń cewkę zwykłej strzykawki Pravaza na trzy tylko milimetry. Na znaczne bóle chorzy nigdy się nie uskarżali; wynaczynienia jeśli były, to bardzo nieznaczne i znikały zupełnie w ciągu 2—3 dni. Chorzy używali opaski tylko w ciągu 4—6 godzin po wstrzyknięciu, nazajutrz zaś zadraźnienia w oku zwykle wcale już prawie nie było.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał
Dr. Antoni Gabryszewski,
I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4.)

Przy wszystkich operacyach w częściach zdrowych (*sit venia verbo*) wystarcza wstrzykiwanie podskórne. Zatem kaszaki, tłuszczaki i różnego rodzaju guzy, o ile są pokryte skórą prawidłową, należy znieczulać podskórnie; tak samo cięcia przy herniotomiach, laparotomiach i t. d. Aby znieczulić skórę do cięcia długiego na jakie 3 cm., wystarczy jedno wstrzyknięcie; im dłuższe cięcie, tem więcej potrzeba popchnięć tłoka a posunięć igły. Przestrzeń znieczulona jednem wbiciem igły będzie więc o kilka centymetrów dłuższa od długości igły i, gdybyśmy mogli używać igieł dowolnej długości nie byłoby tak wielkiej przestrzeni, którejbyśmy nie mogli znieczulić jednem wkłuciem.

Jeśli jedno wstrzyknięcie, zawierające $^1/_{10}$ gramowej strzykawki, czyli 3 miligramy 3% rozczynu kokainy znieczuli przestrzeń wielkości srebrnego reńskiego, to posunięcie igły w tym samym otworze o kilka centymetrów dalej znieczuli dalszą przestrzeń tej samej wielkości i t. d. Do mniejszych cięć, do wyłuszczenia mniejszych guzów wystarczy zatem bezwarunkowo jedno wkłucie; zaleca się jednak zawsze posunięcie igły w odpowiednim jednym lub kilku kierunkach. Celem przeprowadzenia cięcia popycha się igłę w jednym kierunku, celem wyłuszczenia guza przesuwa się ją dwiema krzyżującemi się drogami.

Weźmy przykład: wyłuszczyć chcemy kaszak wielkości włoskiego orzecha; wbijamy igłę na jego szczycie i wstrzykujemy w kierunku ku górze $^1/_{10}$ strzykawki, na granicy guza cofamy igłę blisko do jej końca, obracamy ją o 90° i wpuszczamy taką samą ilość rozczynu na obwodzie guza z boku; toż samo robimy od dołu i z drugiego boku, wreszcie przed wyciągnięciem igły na szczycie guza zastrzykujemy piątą podziałkę. Użyliśmy do znieczulenia guza 5 podziałek czyli pół strzykawki, mamy znieczulenie doskonałe a razem wziąwszy spotrzebowaliśmy półtora centygrama kokainy.

Tego rodzaju znieczulenie wystarczy i na znacznie większe guzy. Jeśli one dorastają wielkości cytryny, trzeba we wszystkich kierunkach dodać po jednem wstrzyknięciu, ale wkłucie jedno powinno jeszcze wystarczyć. Zwracam uwagę na to postępowanie; oszczędza nam ono czasu a choremu bólu, każde bowiem następne wkłucie winno się zrobić w przestrzeni już znieczulonej a na znieczulenie czekać przecież tylko chwilkę trzeba.

Jeśli guzy głębiej sięgają, dobrze jest przez dodatkowe wkłucie znieczulić także ich podstawę, oczywiście z zachowaniem pewnych ostrożności, gdy guz leży na miejscach unaczynionych lub na ważniejszych narządach. Jedno wstrzyknięcie

zazwyczaj wystarcza w takich razach. Zalecone przez niektórych autorów wstrzykiwanie płynu podczas cofania strzykawki jest bardzo dobre, ale obojętną jest chyba rzeczą, czy zapuszcza się rozczyn przy wbijaniu, czy wyciąganiu strzykawki. Ma to jednak mojem zdaniem na oku inny cel praktyczny a mianowicie ten, aby przez wbicie igły jak najmniej bólu sprawić choremu. Im szybciej się igłę wbije, tem mniej bólu będzie, a szybkość wymaga pewnej siły czyli rozpędu; wbijając ze znaczniejszą siłą, nie można obliczyć, jak daleko się wejdzie; zatem później dopiero przez łagodne cofanie igły zaprowadza się ją we wskazane miejsce.

Najlepiej znieczulają się okolice, gdzie skóra sama lub wspólnie z błoną śluzową tworzy złożone fałdy, przegrodzone niegrubą warstwą tkanki, jakoto wargi, powieki, napletek albo ucho. Miejsca takie znieczula się przez wstrzykiwanie rozczynu w środek między obie blaszki. Takie postępowanie najzupełniej wystarcza t. j. znieczula na obie strony, nawet tam, gdzie warstwa środkowa dosięga znacznej grubości, np. na wardze. Czyto przy wycinaniu raka (V rzymska), czy przy operacyach plastycznych wargi zajęczej, otrzymuje się zupełnie dobre znieczulenie; przestrzegać tylko należy, aby nie pominąć miejsca, gdzie ma się prowadzić cięcia. Kierunek więc wbijania igły przy wycinaniu raka w kształcie piątki idzie z jednej i drugiej strony nowotworu od czerwieni zacząwszy w głąb zbieżnie. Trzeba się trzymać środka t. j. równego oddalenia od błony śluzowej, lepiej nawet bliżej skóry. Trzymając się tej samej zasady operuje się na powiece, uchu, skrzydłach nosowych i napletku.

Większe trudności sprawia z n i e c z u l e n i e c z ę ś c i g ł ę b o k i c h a s z c z e g ó l n i e k o ś c i. Rozpocząć należy od znieczulenia skóry w całym obszarze, w którym ma się odbyć zabieg operacyjny, potem dopiero wstrzykuje się do warstw głębszych i w bezpośrednie sąsiedztwo (w okostną) kości.

Jeśli kości są rozmiękłe, można i trzeba wbijać w nie igłę; wprowadzając małe ilości płynu wykonałem w ten sposób amputacyę podudzia i kilka atypowych resekcyj stępu. W ogóle wśród tkanek zbitych i twardych wstrzykiwanie płynu odbywa się z niemałą trudnością. Jest to właściwie wtłaczanie cieczy pod znacznem ciśnieniem za użyciem znacznej siły. Dlatego też potrzeba do tego rodzaju znieczuleń mocnych i dobrych strzykawek, o tłoku ściśle przylegającym, dwóch ramionach przy podstawie walca i nasadce szrubowo przymocowanej.

Najczęściej będzie ich potrzeba do znieczulenia zębów; w tym też celu kazałem sporządzić o s o b n e s t r z y k a w k i, które przedstawiłem na przedostatnim zjeździe chirurgicznym.[1])

Obok przymiotów wyżej przytoczonych, mają one jeszcze tę właściwość, że ich zakończenia (miejsce, gdzie się zakłada nasadkę z igłą) są wygięte pod prostym lub rozwartym kątem a nadto, że igły są bardzo krótkie. Zaletą tych strzykawek jest to, że i najgłębiej leżące zęby można znieczulić za ich pomocą; igły idą zawsze w kierunku korzeni a nie wpadają nigdy za głęboko. Bardzo praktyczne, jakkolwiek nie konieczne wydaje mi się urządzenie szrubowego poruszania tłoka, przez co zyskuje się na sile i dokładności.

[1]) Strzykawki te wyrabia w Krakowie bandażysta kliniczny p. Knapiński.

Kiedy już mowa o strzykawkach, to muszę nadmienić, że W ö l f l e r podał strzykawkę o igłach zakrzywionych, co ma ułatwiać injekcye podskórne. Jestem tegoż samego zdania, jakkolwiek przy wszystkich operacyach w częściach miękkich (a do tych Wölfler je zalecił) dotąd się obchodziłem bez nich.

P r z y z ę b a c h z n i e c z u l e n i e j e s t n a j t r u d n i e j s z e. Zęby względnie zdrowe siedzą jak wmurowane w twardej kości; między zębem a zębodołem nie ma czasem literalnie mowy o żadnym przestworze. W takim przypadku po znieczuleniu rąbka dziąsłowego, jeśli zawiedzie kilkokrotna próba wprowadzenia igły, zastrzykuje się po prostu głębiej po wewnętrznej i zewnętrznej stronie szczęki tuż przy kości i otrzymuje się zwykle bardzo dobre znieczulenie. Jeszcze trudniejsza sprawa z zębem, obok którego leży ropień, bo zastrzyknięcie wywołuje napięcie i szalony ból; wtedy lepiej zastrzyknąć tylko po jednej tj. po przeciwnej stronie (zwykle wewnętrznej) a po stronie ropnia tylko natrzeć 10% kokainą lub skierować nań prąd chlorku etylowego. Bliższe szczegóły znieczulenia z zakresu dentystyki znajdą się wyczerpująco przedstawione w rozprawie Dra Łepkowskiego, w najbliższym czasie ogłosić się mającej; do niej przeto odsyłam ciekawych.

Pozostaje nam jeszcze przedstawić w krótkości s p o s o b y z n i e c z u l a n i a t k a n e k z a p a l n y c h i c h o r o b o w o z m i e n i o n y c h. Otrzymać można i tutaj zupełnie dobre wyniki, jeśli sprawa nie zajęła zbyt wielkich przestrzeni. Najczęstszemi cierpieniami w tym dziale są zastrzały, czyraki, nacieki, ropnie tkanek (*phlegmone*), w końcu wrośnięcie paznogci (*ungues incarnati*).

Tkanki zapalne mają tę złą stronę, że samo wbicie igły i wstrzykiwanie płynu wywołuje w nich nieznośne bóle.

Na szczęście mamy sposoby dozwalające nam usunięcia, przynajmniej złagodzenia tej przykrości. Przedewszystkiem możemy za pomocą rozpylania eteru lub chlorku etylu zmniejszyć znacznie czułość tkanek takie też postępowanie zalecałoby się u osób nerwowych i wrażliwych.

Prócz tego p i e r w s z e w b i c i e i g ł y w y k o n y w a ć n a l e ż y z a w s z e w c z ę ś c i z d r o w e j s ą s i a d u j ą c e j z t k a n k ą c h o r ą i zwolna dopiero popychać trzeba igłę w miejsca bolesne; nakoniec najpierw trzeba znieczulić samą skórę, potem dopiero części głębsze, przyczem unikać należy wtłaczania cieczy do przestworów napełnionych ropą, co znacznie ból powiększa.

Przy zastrzale (*panaritium*) n. p. wbija się igłę podskórnie w część zdrową, dośrodkowo położoną, następnie posuwa się pomału w skórze chorej, w końcu cofnąwszy igłę zagłębia się ją znowu aż do kości i posuwając po niej wstrzykuje znowu. Takie postępowanie daje nam z pewnością świetne znieczulenie, jak o tem przekonałem się kilkadziesiąt razy, a gdyby nawet samo wstrzykiwanie było nieco bolesne, to następne przecięcie, wyskrobanie, wypełnienie gazą załatwić można spokojnie i dokładnie.

Flegmony i ropnie, pokryte jeszcze jaką taką skórą, znieczula się podobnie przez wstrzykiwanie wśródskórne; jeżeli zaś skóra jest bardzo zcieńczała, najlepiej użyć prądu chlorku etylowego, który po kokainie uważać należy za najlepszy jeszcze środek znieczulający (jest jednakowoż trochę za drogi).

Szczegółowego opisu potrzebuje nasze postępowanie we wrośnięciu paznogcia, choćby dla tego, że to cierpienie tak częste a odsądzone od błogiego wpływu kokainy (p. wyżej).

Biorąc za zasadę, że wyrywamy pół paznogcia, wbijamy igłę mniej więcej w środek szczytu palca na jakie dwa milimetry pod paznogciem i posuwamy ją w kierunku osi podłużnej paznogcia między nim a kością aż do jego podstawy (*matrix*, *radix unguis*). Następnie wysuwamy ją nieco i kierujemy ku obranionemu brzegowi: oczywista wstrzykujemy podczas całego zabiegu znieczulania kilka razy po jednej podziałce rozczynu. W taki sposób kilka podziałek 3‰ rozczynu kokainy i jedno wkłucie wystarczy do najdokładniejszego znieczulenia, ku zadowoleniu a często i podziwowi chorego. [1]) Kto raz widział męczarnie chorego operowanego bez znieczulenia a nawet w mgle eterowej, ten zdoła ocenić jaskrawą różnicę wykonania operacyi przy pomocy kokainy i na zawsze pozostanie jej zwolennikiem.

Nie jedno by się dało jeszcze o tem i owem powiedzieć; przekroczyłoby to atoli ramy małego zdania sprawy, które i tak już zanadto się rozwlekło. Muszę jednakowoż w końcu dorzucić kilka uwag ogólniejszej natury. [2]) Wszelka rzecz ma swoje dobre i złe strony, ma pewne granice, których przekraczać nie może i nie powinna.

Znieczulenia kokainowego nie można powtarzać za często, gdyż ustrój bardzo łatwo przywyka do tego alkaloidu. Spostrzegłem to raz już po kilkakrotnem wstrzyknięciu kokainy celem wyrwania kilkunastu korzeni zębowych; przy końcu znieczulenie było bardzo niedokładne. Zwrócił już na to uwagę A d. B a r t h (z Berlina), S p e a r, D e c k e r etc. Z tego powodu nie nadawałaby się kokaina do łagodzenia często powtarzanych, bolesnych injekcyj np. w kile, jak to proponował M a n d e l b a u m.

Jest też cały szereg operacyj, gdzie samo znieczulenie miejscowe nie wystarczy, nie tylko ze względu na wielkość zabiegu albo stan psychiczny chorego, ale i tam, gdzie chodzi o zwolnienie ogólnego napięcia mięśniowego.

Bądź co bądź, zgodzić się nie mogę na twierdzenie F r ä n k l a ani H o f f m a n n a, którzy czynią kokainie zarzut, że brak jej moralnego wpływu narkozy.

Taki sąd to miecz obosieczny, bo to, co ma być kokainy wadą, jest z drugiej strony także jej wielką zaletą. Jeżeli jest wielu chorych, dla których chloroform jest dobrodziejstwem, bo ich uwalnia od cierpień i świadomości tego, co się z nimi dzieje, to na odwrót jest wielu innych, których nic tak nie przeraża, jak narkoza, pozbawiająca ich woli, grożąca niebezpieczeństwami, rzucająca bezsilnych w moc obcych ludzi.

Nasze środki usypiające dalekie są od ideału, o którym H u e t e r marzy: „musimy znaleść środek, który sprowadzi tylko anestezyę ogólną, bez zboczenia sfery ruchu i bez zniesienia przytomności. Trucizna ta musi porażać ściśle tylko nerwy czuciowe, podobnie jak kurara poraża tylko nerwy ruchowe. Dopóki nie mamy takiego środka, musimy się bardzo rachować z znieczuleniem miejscowem“ i. t. d.

To też kokaina jest i długo jeszcze będzie jedną z najpiękniejszych zdobyczy, jakie duch ludzki przyrodzie wydarł i poświęcił braci cierpiącej.

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o nowszych pracach w przedmiocie związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia pacierzowego.

Podał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Jedną z najważniejszych spraw spornych w dziedzinie neuropatologii jest niewątpliwie sprawa związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia pacierzowego. Od czasu, gdy Fournier we Francyi a Erb w Niemczech wykazali liczbami, że w anamnezie chorych dotkniętych wiądem rdzenia prawie zawsze mogli wykazać kiłę, pochwycili neuropatologowie tę okoliczność etyologiczną a zewsząd posypały się statystyki popierające tę teoryę; w miarę tego wzmaga się z roku na rok po dziś dzień liczba zwolenników i obrońców zapatrywania się wymienionych autorów. Gdy hipotezę tę pierwszy raz wypowiedziano, roztrząsano tę sprawę o wiele więcej w towarzystwach lekarskich, aniżeli w pismach zawodowych a z mnóstwa zdań sprawy z posiedzeń towarzystw francuskich i niemieckich widzimy, że nie odbyło się podówczas prawie żadne posiedzenie, bez żywej dyskusyi o wspomnianym przedmiocie. Z tego chaosu literackiego wyróżniały się tylko głosy Leydena, Westphala i Tarnowskiego, które przeczyły stanowczo szerzącym się poglądom, opierając się przedewszystkiem na nieskuteczności leczenia przeciwkiłowego u osób na wiąd rdzenia pacierzowego chorych, którzy przed tem niewątpliwie kiłę przebywali.

Isaac, który rozporządzał odpowiednim materyałem i datami statystycznemi, odpowiada przedewszystkiem na następujące cztery pytania, stanowiące rdzeń kwestyi, o którą chodzi.

1) Czy prawdą jest, że w anamnezie tabetyków można wykazać kiłę o wiele częściej od innych chorób zakaźnych?

2) W jakim okresie kiły występuje najczęściej wiąd rdzenia pacierzowego?

3) W jaki sposób możemy sobie wytłómaczyć związek przyczynowy pomiędzy temi chorobami?

4) Jaki jest skutek z leczenia przeciwkiłowego w wiądzie rdzenia pacierzowego?

Co do pierwszego pytania, to zwrócił już Leyden uwagę, że statystyka Erba zawiera wiele błędów, z których najkardynalniejszym jest ten, że wszystkich chorych, składających się na tę statystykę, posądzano o przebycie kiły, którzy podawali, że ich leczono kiedyś na wrzód na częściach płciowych. Nie obwiniając Erba i jego zwolenników o nieznajomość syfilidologii, wskazuje autor na trudności, jakie mamy do pokonania chcąc wywiedzieć się od chorego, jakiego to rodzaju był wrzód i czy wystąpiły po nim jakie zmiany zakażenia ogólnego. Chory daje albo bardzo ogólne i niedostateczne odpowiedzi albo też generalizuje nawet zwykłe zapalenie napletka, *herpes progenitalis* lub nawet wiewiór (tryper) pod ogólnem mianem kiły.

Widzimy więc, że statystyka na tej podstawie zebrana jest więcej, niż problematyczna. Nadto zwraca słusznie uwagę Rosenthal, że u wielu tabetyków, którzy nawet kiłę przebywali, mogły niewątpliwie prócz tego zadziałać inne jeszcze wpływy szkodliwe a odgrywające główną rolę w etyologii

---

[1]) Zabawne są uwagi chorego, np. o rozpalonem żelazie (Pacquelina), które dziwnym sposobem pali, ale nie boli i.t.p.

[2]) Bardzo dobre wyniki otrzymaliśmy także za pomocą kokainy przy operacyach na psach. Dr. Klecki, który wykonał cały szereg laparotomij doświadczalnych z wykluczeniem pętli jelitowych (*eliminatio intestinorum*) tracił wiele psów skutkiem chloroformu, a że morfina była przeciwskazaną ze względu na mocne wymioty, jakie sprowadza, za moją poradą użył kokainy i widział jak najlepsze skutki. Psy po wstrzyknięciu 0·05—0.1 kokainy wzdłuż cięcia brzusznego, nie tylko nie odczuwały na ból miejscowy, ale leżały do końca operacyi (około 2 g.) nadzwyczaj spokojnie. To też i do tego celu możemy zalecić najsumienniej kokainę.

wiądu rdzenia pacierzowego, które wobec wykazania kiły zupełnie pominięto w anamnezie.

Co do drugiego pytania, to wiadomo, że wiąd rdzenia pacierzowego występuje najczęściej około 10. roku po zakażeniu. Bardzo ważną sprawą, uzupełniającą to pytanie, jest rozstrzygnięcie, czy oprócz typowego wiądu rdzenia pacierzowego nie ma jeszcze formy atypowej, będącej wynikiem zmian anatomicznych rdzenia czysto kiłowych, a powtóre, czy u tabetyków z przebyciem kiły znajdujemy kiedy równocześnie zmiany kiłowe późne w skórze lub w organach wewnętrznych? Te przypadki są właśnie nadzwyczaj rzadkie, a co do przebiegu wiądu rdzenia pacierzowego u ludzi kiłowych, choroba ta nie różni się zupełnie od tak zwanego typowego wiądu występującego u ludzi, którzy kiły nie przechodzili.

Zastanawiając się nad pytaniem trzeciem, przychodzi autor również do wniosku, że zupełnie błędnem jest dopatrywać się jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia, a to ze względu na charakter anatomiczny cechujący te tak różne od siebie sprawy chorobowe. Sprawa kiłowa w ogólności a kilaki i zmiany kiłowe okresów późnych w szczególności zajmują przedewszystkiem tkankę łączną, należą zatem do spraw śródmiąższowych *par excellence*, podczas gdy charakter anatomiczny wiądu rdzenia jest zdaniem większości anatomów patologicznych głównie miąższowy a zajęcie tkanki łącznej jest dopiero sprawą następową.

Co do kwestyi zawartej w pytaniu czwartem, to ogólnie wiadomo, że leczenie przeciwkiłowe nie osięga w wiądzie pacierzowym żadnych rezultatów, często nawet wywiera skutek wprost niepomyślny. Erb wylicza wprawdzie wiele przypadków, gdzie rtęć i jod przyczyniły się do znacznego polepszenia stanu tych chorych, jednakowo nie liczy się z tem, że azotan srebrowy, elektroterapia i kąpiele we wszystkich przypadkach używane, jako środki pomocnicze nie mogły pozostać bez skutku.

Zastanowiwszy się nad temi czterema pytaniami, przychodzi Isaac do następujących wniosków:

1) Statystyki zawierają za wiele błędów, aby z nich można wywieść jakiekolwiek wnioski co do związku przyczynowego między kiłą a wiądem.

2) Kiła może, co najwięcej, usposabiać do powstania wiądu pacierzowego podobnie, jak wiele innych czynników.

3) Leczenie wiądu rdzenia pacierzowego rtęcią, jak to poleca Erb nawet w przypadkach, gdzie kiły wykazać nie można, jest przeciwskazane.

Koch zestawił daty statystyczne wszystkich autorów, tyczące się związku przyczynowego między kiłą a wiądem rdzenia.

Z zestawienia tego całego szeregu wykazów statystycznych wypada, że ilość chorych na wiąd rdzenia pacierzowego, którzy przebywali kiłę, wynosi 70 do 80% wszystkich dotkniętych tą chorobą. Wykazy Erba przechodzą nawet po za 89%. Największy procent wykazują Voigt, Beumont i Gowers. Przeciwnie inni autorowie, a między nimi Westphal podają, że podług ich dat statystycznych wszelki związek przyczynowy obu tych chorób należy wprost wykluczyć. Tego samego zdania jest Benedict i Rosenthal a Oppenheim uważa kiłę za jedną z wielu przyczyn usposabiających system nerwowy do wielu chorób, podobnie jak inne czynniki patologiczne. Tarnowski zwraca się wprost przeciw nadużyciom w etyologii chorób nerwowych ze względu na kiłę. Nie należy przecież zapominać, że chory dotknięty kiłą może równocześnie i niezależnie zupełnie nabawić się innej jakiejkolwiek choroby, która nie pozostaje w żadnym związku z kiłą. Podobnie, jak dawniej każdą chorobę skórną u ludzi kiłowych kładziono na karb tego zakażenia ogólnego i w ten sposób powstawały rozpoznania, jak wyprysk kiłowy, bąblica kiłowa, ba nawet świerzb kiłowy, tak i dziś jeszcze u ludzi dotkniętych kiłą prawie każdą chorobę nerwową usiłuje wielu wprowadzić w zależność od dawnego zakażenia. Neuropatologowie nie chcą widocznie zrozumieć, że ludziom tym wolno przecież (*sit venia verbo!*) nabawić się jakiejkolwiek innej choroby, prócz tej, z której już może zupełnie się wyleczyli. Jednym z fanatyków w tym względzie jest właśnie Erb, który każdy przypadek wiądu pacierzowego bez wyjątku uważa za kiłowy, jeżeli chory tylko przyzna się, że miał kiedykolwiek wrzód na członku lub jeżeli pozostała po nim blizna. Tarnowski spostrzegał stale u wszystkich cierpiących na wiąd pacierzowy a dotkniętych równocześnie późnemi zmianami kiłowemi kości lub innych narządów, że za leczeniem forsownem rtęcią i jodem zmiany kiłowe szybko ustępywały, objawy wiądu zaś pogarszały się coraz to znaczniej. Zważywszy nakoniec, że jak twierdzą francuscy statystycy, prawie 20% ludności jest dotkniętych kiłą, t. j., że prawie każdego piątego człowieka, którego spotykamy na ulicy, możemy posądzić, że jest lub był dotknięty tą chorobą, cóż dziwnego, że od wielu cierpiących na wiąd pacierzowy dowiadujemy się, że chorzy ci przebywali kiłę? Bezsprzecznie również często wykaże nam anamneza tę chorobę u ludzi dotkniętych chorobą układu naczyniowego, chorobą nerek lub przewodu pokarmowego. Jakież więc można ztąd wywodzić wnioski?

Dalej dowiemy się zapewne od tych chorych na wiąd rdzenia, że prócz kiły przebywało wielu z nich zimnicę, odrę lub ospę a nikt chyba nie zechce domyśleć się jakiejkolwiek zależności pomiędzy jedną z tych chorób a wiądem rdzenia. Statystyka cała Erba i jego zwolenników ma jeden kardynalny błąd, polegający na tem, że opiera się na pytaniu: Ilu dotkniętych wiądem pacierzowym przebyło kiłę? Rzecz gorsza, że wobec tak wielkiego rozpowszechnienia kiły cyfry, jakie wykazuje ta statystyka, są przerażająco wielkie. Inaczej zapewne przedstawiałaby się ta sprawa, gdyby statystyka była zupełnie pozytywną i postawiła sobie za podstawę pytanie: Ilu kiłowych nabywa wiądu? Zebranie takiej statystyki byłoby nierównie trudniejsze, bo zakres obserwacyi byłby nierównie większy; przyzna jednak każdy, że tylko takie zestawienie cyfr miałoby prawdziwą wartość i przyczyniłby się mogło do przedstawienia sprawy w należytem świetle. Prawdopodobnem jest, że procent ten zmniejszyłby się wtedy nadzwyczajnie wobec dzisiejszych zestawień.

Jeden szczegół, którego nie uwzględnia żadna ze statystyk wymienionych autorów, a z którym bezsprzecznie liczyćby się należało, musimy tu wymienić, a jest nim wiąd pacierzowy u kobiet. Że choroba ta nierównie rzadziej nawiedza kobiety, aniżeli mężczyzn, jest rzeczą ogólnie znaną i nie dziwimy się temu zważywszy, o ile rzadziej narażają się indywidua żeńskie na wpływy szkodliwe, dające powód do powstania wiądu rdzenia. Mam jednak na myśli kobiety publiczne, które ze względu na ich sposób życia, nadużycia *in Baccho et Venere*, ubóstwo i wynikające z niego liche odżywianie się i wiele innych podobnych czynników wyłączyćby należało z pod ogólnej normy, bo w sposobie życia prostytutek znajdziemy bezsprzecznie wszystkie czynniki składające się na wywołanie tej choroby i to w stopniu o wiele wyższym, aniżeli u mężczyzn. Właśnie u kobiet tej kategoryi, które z reguły przebywają kiłę, powinnibyśmy spotykać znaczny stosunkowo procent chorych, dotkniętych wiądem rdzenia. Liczba bowiem prostytutek, które w ciągu swej, często długoletniej karyery zdołały uchronić się od kiły, jest tak bardzo mała, że równa się prawie zeru. A dlaczegóż u kobiet tych nie spotykamy się prawie nigdy z wiądem rdzenia pacierzowego? Statystyka w tym względzie jest przecież bardzo ułatwiona, bo wszakże indywidua te pozostają ustawicznie pod kontrolą lekarzy policyjnych, a wiadomo powszechnie, że wiąd pacierzowy u prostytutek dotkniętych kiłą jest przypadkiem nader rzadkim. Przez cały przeciąg kilkuletniej praktyki klinicznej nie spotkałem się ani razu z przypadkiem wiądu u prostytutek kiłowych w żadnym okresie tej choroby. To samo zdanie słyszałem od lekarzy starszych, mających nie równie większe ode mnie w tej mierze doświadczenie. A przecież mamy wszystkie warunki do powstania tej choroby rdzenia pacierzowego, bo prócz kiły,

nadto jeszcze rozliczne czynniki szkodliwe, pozostające z rozwiązłem życiem prostytutek w ścisłym stusunku.

Dlaczegoż Erb i jego zwolennicy nie załączą do swej statystyki tej całej plejady prostytutek, z których każda niemal z urzędu nabywa kiły, a u których nadto wszelkie zabiegi lecznicze wobec niehigienicznych stósunków życia o wiele mniejszy odnoszą skutek.

Jeżeli więc rozpoznajemy wiąd pacierzowy u człowieka dotkniętego kiłą, to jestto *tabes in individuo syphilitico* a nie *tabes syphilitica*, jak to słusznie oświadcza Koch. Co do formy wiądu czysto kiłowej (*pseudotabes syphilitica*), to jest ona nader rzadka a powstaje wtedy, gdy zmiany kiłowe zajmują obok innych części rdzenia także i sznury tylne; tylko w tych przypadkach może obraz chorobowy być łudząco podobny do obrazu klinicznego typowego wiądu.

Bardzo ważny szczegół, na który zwraca uwagę Koch w swojej krytyce poglądów Erba, stanowi rozmaitość poglądów na istotę trzeciorzędnych objawów kiłowych. Kiła jest chorobą, mogącą w równej mierze zająć wszystkie narządy ustroju ludzkiego, jak tego uczy codzienne doświadczenie; nie ma ona wcale swoich uprzywilejowanych lub ulubionych układów, w którychby się z upodobaniem sadowiła; nie mamy zatem najmniejszych danych przypuszczać, że choroba, w której specyalnie tylko pewne drogi nerwowe rdzenia są chorobowo zmienione, jaką właśnie jest wiąd, miałaby być chorobą natury kiłowej. Jeżeli zmiany trzeciorzędne kiły układu nerwowego, bo o te nam tu głównie się rozchodzi, uważamy za zmiany swoiste podobnie, jak zmiany kilakowe innych układów ustroju, to dziwićbyśmy się musieli, dlaczego te zmiany rozsiane zresztą dosyć równo gdzieindziej, w rdzeniu właśnie upatrzyły sobie pewne z góry wytknięte szlaki? Wiadomo, że na stole sekcyjnym nie znaleziono nigdy zmian swoistych kiłowych w przypadkach wiądu pacierzowego u ludzi kiłą nawiedzonych. Erb stara się pogodzić swoje zapatrywania z teoryą toksyn kiłowych. Przedstawicielem tej teoryi przyszłości jest Finger, który przypuszcza, że jad kiłowy, jakiejkolwiek jest natury, wytwarza z czasem produkta przemiany materyi w postaci toksyn, które właśnie w późnych okresach tej choroby wywołują zmiany trzeciorzędne. Autor ten jednak nie stósował tego wcale do układu nerwowego i w pracy jego nie ma o tem najmniejszej wzmianki. Teorya ta wydaje się wprawdzie ponętną, i z jej pomocą wytłómaczyć można dosyć łatwo wiele spraw zagadkowych, jak sprawę odporności na jad kiłowy, nie tłómaczy nam ona jednak wcale zależności wiądu rdzeniowego od kiły, bo znając działanie innych toksyn nie możemy zrozumieć, dlaczego właśnie te hipotetyczne toksyny kiłowe miałyby nawiedzać właśnie tylko sznury tylne rdzenia, wywołując typową *tabes dorsalis?* Dlaczego kiła mózgowa nie usadawia się przypadkiem właśnie stale w przebiegu dróg piramidalnych, lecz zajmuje raz *lobus olfactorius*, innym razem zaś płaty na podstawie mózgu? (Mam tu na myśli zmiany kilakowe a nie zmiany Heubnerowskie, które zaliczamy do wczesnych okresów kiły). Przypuszczenie zatem, że kiła wytwarza toksyny, które nagabują wyłącznie sznury tylne rdzenia, nie może się chyba przyczynić do poparcia teoryi Erba i jego szkoły.

Zdaje się, że po uwzględnieniu przytoczonych uwag każdy przyzna, że jeżeli już mamy uważać jad kiłowy za truciznę, usposabiającą ustrój do rozmaitych chorób następowych (podług Fourniera parasyfilitycznych), to przyjąć musimy tę predyspozycyę w równej mierze dla wszystkich układów ustroju, w których układ nerwowy nie dzierży żadnego przywileju.

Zapiski terapeutyczne.

— Przeciwko bólom stawowym, tak gośćcowym jak i urazowym, zaleca Taylor zewnętrzne użycie fenacetyny w postaci bądź 25% maści z lanoliną, bądź ciepłych okładów z równych części ciepłej wody i 0·5% rozczynu wyskokowego fenacetyny. (*Münch. med. Wchschft. 4. 1894*).

— Jako odtrutkę przeciw kwasowi karbolowemu zaleca O. Schobert w razie, jeżeli się domyślać można jego obecności jeszcze w żołądku, wodę wapienną ocukrzoną a siarkan sodowy, jeżeli kwas karbolowy dostał się już do jelit. Do przyrządzenia wody wapiennej z cukrem służy przepis:

13) Rp. *Calcis ustae* 15 00
Sacchari albi 25.00
Aqua destill. 960.00

Płyn ten zawiera 0·5% wodnika wapiennego i jest zarazem dobrą odtrutką przeciw kwasowi szczawiowemu. (*Pharm. Ztg. str. 407, 1893*).

— Według doświadczeń Schillinga przypady zatrucia salicylanami, jak przekrwienie mózgu i objawy ze strony narządu słuchowego, nie występują, jeżeli równocześnie zada się sporysz i naodwrót 4% rozczyn salicylanu sodowego okazał się skutecznym po zażyciu naraz naparu (*infusum*) z 10 gramów sporyszu w 150 gramach wody.

Jak azotyn amilowy (*Amylnitrit*) można uważać za odtrutkę przeciw kokainie, tak naodwrót okazało się Schillingowi skutecznem wstrzyknienie podskórne grama 5% rozczynu kokainy przeciw zatruciu po wetchnieniu 2·5 azotynu amilowego.

— W liszaju rumiennym (*Lupus erythematosus*) zalecają Bulkley i Thompson używanie wewnętrzne fosforu według przepisu:

14) Rp. *Phosphori* 0·50
Solve in
Alcoholi absoluti calefacti 30.00
Solutioni calidae
Adde
Glycerini 460·00
Spir. vini 600·00
Olei menthae 20·00

W gramie tej mięszaniny jest miligram fosforu. Zażywa się w ten sposób, że do pustej szklanki daje się tej mięszaniny tyle kropel, ile potrzeba, następnie dolewa wody i wypija wszystko za jednym łykiem. (*Mtshefte für pract. Dermatol. 1893*).

Przeciwko tasiemcowi można użyć z dobrym skutkiem, osobliwie u dzieci, naftaliny według przepisu:

15) Rp. *Naphthalini* 0·30—0·50
Olei bergamottae [1]) *guttas* 10
Olei ricini 15·00

Dorosłym zadaje się po gramie naftaliny. Po wyżyciu tego leku zażyć należy jeszcze 20 do 30 gramów oleju rącznikowego. (*La médecine moderne 24. Stycznia. 1894*.

IV. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski,

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Mimo tego ścisłego rygoru stósunek uczniów do przełożonych, czy to *Dons* w kolegiach, czy też profesorów Uniwersytetu, jest idealnie dobry. Przyczynia się do tego wrodzone każdemu Anglikowi uszanowanie porządku i żywego prawa, temperament spokojny a nawet, powiedziałbym, dziecinny pod pewnym względem. Ćwiczenia fizyczne, jak wioślarstwo, *cricket*, *foot-ball* i t. d. wypełniające wolne od nauki chwile, dają pewien fizyczny upust młodzieńczej energii, którego tak brak studentowi kontynentu. Zresztą pod względem towarzyskim student ma równe prawa i czuje się jednako postawionym z przełożonymi, którzy też starają się rozwinąć w nim poczucie własnej godności. Jest on panem

[1]) albo jakiego innego środka wonnego.

w swych pokojach, przyjmuje w nim zarówno kolegów, jak i przełożonych, a nawet znajome damy na lunchach lub breakfestach, wie, że społeczeństwo interesuje się nim żywo i śledzi każdy objaw życia umysłowego i fizycznego, czuje swą godność i jest pod każdym względem prawdziwym gentlemanem. Zresztą wspólne życie kolegialne dodaje każdemu wykwintnej ogłady i form towarzyskich tak, że z Uniwersytetu wynosi student nie tylko wykształcenie, lecz i wychowanie.

Lecz też i kolegia utrzymywane są na stopie wprost pańskiej. Olbrzymie gmachy kolegialne, z poczerniałymi przez wieki murami, których bram strzegą ciężkie wieżyce, jak w *Trinity* lub *St. Johns College*, *Kings College* o czystym gotyku, ukrywają w swem wnętrzu szeregi krużganków, dziedzińców ze wspaniałymi wodotryskami i mostami, w głębi zaś rozciągają się trawniki przeczystej zieloności, poprzerzynane alejami olbrzymich, odwiecznych lip. Gdy wśród tego rozlega się melodyjna muzyka dzwonów kolegialnych a krużganki i ogrody zaludniają się czarnemi togami i beretami, zda ci się, żeś przeniesiony w średniowieczne czasy. Przez pierwszych parę tygodni żyje się, jakby w jakiej baśni lub feeryi. Zadużo by to czasu zajęło, gdybym chciał opisywać wewnętrzne urządzenie i cały przepych kolegiów, niektórych szczególnie, jak *Trinity*, *St. John's*, lub *Kings Coll.*. W pierwszem z nich zasiada do obiadu przeszło 600 osób, w olbrzymiej hali, obwieszonej portretami hojnych fundatorów, pędzla pierwszorzędnych mistrzów, gdzie stoły uginają się pod ciężarem starych sreber. Studenci rozchodzą się po obiedzie do swych izb, w których przyjmują towarzyszy, *Fellows* zaś udają się na pogawędkę, czarną kawę, wina i cygara do tak zwanych *Combination rooms*, urządzonych z niesłychanym przepychem. Wspaniała biblioteka w *Trinity Coll.* liczy przeszło 80.000 tomów i 2.000 manuskryptów. Kuchnie, piwnice, skarbiec i t. d. odpowiednio bogato urządzone i wyposażone. Wszystko utrzymywane jest po części z opłaty wnoszonej przez uczniów, przeważnie jednak z rozmaitych hojnych fundacyj. Rząd nie daje żadnej subwencyi i w ogólności nie ma tu nic do czynienia. Kolegia wraz z Uniwersytetem tworzą jakby małą republikę. Majątki Kolegiów są częścią w kapitałach i budynkach, częścią w ziemi. Ponieważ robotnik z każdym rokiem coraz to droższy a więc i ziemia mniejszy niesie procent, przeto też i Kolegia dużo na tem w ostatnich czasach ucierpiały.

Zdawać by się mogło, że przy tak wspaniałem i kosztownem życiu studya uniwersyteckie dostępne są tylko dla bardzo zamożnych. Tak jednak nie jest. Istnieje bardzo wiele stypendyów w kolegiach i uniwersytecie, tak zw. *Scholarships*, tudzież nagród *Prizes*, które student pilny a utalentowany z łatwością może osiągnąć i które dozwalają mu wygodnie i bez troski oddawać się studyom, a dalszą przyszłość zabezpiecza mu *Fellowship*.

Uniwersytet, podobnie jak kolegia, nie jest też instytucyą rządową, lecz utrzymuje się z prywatnych fundacyj i opłat składanych przez studentów. Pewne katedry ufundowane są przez królów a profesor zajmujący ją nosi tytuł *Regius Professor*. Innych tytuły pochodzą od nazwisk fundatorów, jak n. p. *Cavendish Professor of Physics*. W razie potrzeby, gdy uniwersytet ponosi nadzwyczajne jakieś wydatki, przyczyniają się też kolegia do pokrycia kosztów.

Do członków uniwersytetu liczą się tak obecni profesorowie i studenci, jak też i ci, którzy w nim poprzednio uzyskali stopnie. W r. 1892 liczył ich uniwersytet w Cambridge 12.799. Z tych 2.909 *Undergraduates.*

Rok szkolny podzielony jest na trzy a względnie na cztery *Terms*. Pierwszy taki trymester nosi nazwę *Michaelmas-Term*. Zaczyna się 1. Października a kończy 19. Grudnia; drugi to jest *Lent-Term*, zaczyna się 8. Stycznia, trzeci zaś to jest *Easter-Term*, kończy się 24. Czerwca; początek zależy od Świąt Wielkanocnych. Ostatni kwartał, t. j. Lipiec, Sierpień i Wrzesień nosi nazwę *Long-Vacation* lub w języku studenckim *Long*. Nauka jednak odbywa się i w tym czasie a przedewszystkiem praca w laboratoryach, z wyjątkiem dwóch ostatnich tygodni Września, przez które niewolno studentom pozostawać w Cambridge, chyba że ich rodzice tam mieszkają. Przez ten czas odbywają się naprawy i generalne oczyszczanie i odświeżanie kolegiów i zakładów.

Wydziałów, w ścisłem tego słowa znaczeniu nie ma; można składać egzamina w różnym zakresie a więc z teologii, prawa, medycyny, muzyki, ekonomii politycznej, wschodnich języków i t. d. i otrzymywać w nich stopnie, które są znów nader różnorodne; można też ograniczyć się do pewnego rodzaju ogólnego wykształcenia i uzyskać w nim stopień t. zw. *Bachelor of Arts* (*B. A.*), lub też *Master of Arts.* (*M. A.*). Opowiem pokrótce przebieg studyów, tudzież egzaminów potrzebnych do tych dwóch tytułów, gdyż obecnie większość uczniów stara się je uzyskać po za specyalnem wykształceniem.

Każdy *Under-graduate* obowiązany jest złożyć tak zw. *Previous Examination*, coś w rodzaju naszej matury, w szczuplejszym jednak zakresie. Egzamin ten nazywają studenci *Little-go*; składają go albo w Październiku po imatrykulacyi jako *Freshmen*, albo też jeszcze przed wpisami, wobec *Cambridge Local Examination Board*. Jest on wyłącznie piśmienny i składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje języki klasyczne, a więc tłómaczenie i objaśnianie greckiego tekstu Ewanielii, klasyków greckich i łacińskich i tłómaczenie z angielskiego na łaciński. Druga część obejmuje zasady matematyki oraz nieco logiki. Kandydat do stopnia *B. A.* przystępuje następnie do t. zw. *General Examination*. Jest to egzamin również piśmienny i składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje klasyków łacińskich i greckich, zagadnienia z elementarnej algebry i geometryi, elementarną statykę, w końcu tłómaczenia z angielskiego na język łaciński. Druga tłómaczenie z greckiego, mianowicie z *Aktów Apostolskich*, historyę angielską, elementarną hidrostatykę i naukę o cieple, w końcu rozbiór *Shakespearea* lub *Milona*.

Po dziewięciu termach zdaje się ostateczny egzamin, t. j. *Final Examination*, z przedmiotów, które kandydat sam sobie obiera, a więc z teologii, ekonomii politycznej, prawa, historyi, matematyki, nauk przyrodniczych i t. d. Medycy wybierają historyę naturalną. Egzamin ten (*Special Examination in Natural Science*), obejmuje chemię, botanikę, zoologię wraz z anatomią i fizyologią, wreszcie geologię. Główne pytania z chemii są: nauka o cieple i jego źródła, mierzenie, fizyczny wpływ na ciała i mechaniczny równoważnik, dalej główne zasady chemii nieorganicznej i organicznej, w końcu następuje praktyczny egzamin, mianowicie jakiś łatwy rozbiór jakościowy. Botanika obejmuje naukę o komórkach roś-

linnych, budowie i czynnościach różnych narządów, rozmnażaniu i klasyfikacye. Każdy kandydat dostaje do opisania roślinę. Zoologia, z której część bywa praktyczną, obejmuje charakterystykę głównych grup, budowę i działanie narządów następnych zwierząt: *Hydra*, *Actinia*, *Lumbricus*, *Asteris*, *Astacus*, *Blatta*, *Anodon*, *Helix*, *Gadus*, *Rana*, *Columba* i *Lepus*. Z geologii praktycznej egzamin polega na zbadaniu i opisie pewnych skał, teoretycznie zaś obejmuje główne minerały tworzące skały, tworzenie się skał i warstw geologicznych, fizyczną geografię i ogólne rozpołożenie skał w Wielkiej Brytanii. Po złożeniu tego ogzaminu otrzymuje kandydat zwykły stopień, t. j. *Ordinary B. A. Degree*, czyli, jak w Cambridge nazywają, *Poll Degree*. Po dalszych trzech latach studyów w uniwersytecie otrzymuje *B. A.* tytuł *Master of Arts (M. A.)* bez składania już żadnych egzaminów.

Istnieją jednak egzamina obszerniejsze, niż dla zwykłego stopnia a mianowicie t. zw. *for Honours*. Dają one następnie pewne prerogatywy w uniwersytecie, jakkolwiek tytuł pozostaje ten sam. Już przy *Previous* obowiązuje t. zw. *Additional Examination of Candidates for Honours*, mianowicie z mechaniki, języka francuskiego i niemieckiego. Prócz tego w miejsce *Final Examination*, jak w naszym przypadku z nauk przyrodniczych, składa kandydat t. zw. *Examination for the natural Science Tripos*, składający się z dwóch części. Jest to egzamin ustny i piśmienny, z chemii fizyki, mineralogii, geologii, botaniki wraz z anatomią porównawczą, anatomii i fizyologii człowieka. Zakres jest znacznie szerszy, aniżeli przy *Final Examination*; wymaga się też od kandydata znajomości historyi tych nauk, tudzież ich związku z filozofią.

Przejdę z kolei do lekarskich urządzeń a mianowicie egzaminów i stopni, zaczynając od *Bachelor of Medicine (M. B.)*. Ażeby być przypuszczonym do odpowiednich egzaminów, trzeba oprócz *Previous Examination* mieć 5 lat studyów lekarskich, z których przynajmniej 3 powinno się spędzić w miejscu. Egzaminów tych jest 3, a są one częścią teoretyczne, częścią praktyczne.

P i e r w s z y egzamin składa się z c h e m i i i f i z y k i, t u d z i e ż e l e m e n t a r n e j b i o l o g i i, które może zdawać osobno. Zakres tych nauk jest obszerniejszy, aniżeli u nas i wymaga się od ucznia dużo wiadomości praktycznych.

Egzamin praktyczny z chemii polega na wytwarzaniu główniejszych związków, doświadczeniach objaśniających ich własności, łatwiejszych analizach jakościowych związków nieorganicznych i miareczkowaniu. Elementarna biologia obejmuje zasady botaniki w dość szczupłym zakresie, tudzież w obszerniejszym podstawy zoologii.

D r u g i egzamin składa się z dwóch części, t. j. c h e m i i f a r m a c e u t y c z n e j (*Pharmaceutical Chemistry*), następnie a n a t o m i i i f i z y o l o g i i c z ł o w i e k a. Egzamin z chemii farmaceutycznej jest praktyczny, wymaga się znajomości otrzymywania i oddziaływania główniejszych przetworów farmaceutycznych, jak *Sol. Fowleri*, jodku potasu, przetworów żelaza, kalomelu, chloralu, jodoformu i t. d. Zakres studyów czysto lekarskich włącznie z anatomią i fizyologią przejdę później, przy innej sposobności.

Pierwsza część t r z e c i e g o egzaminu obejmuje c h i r u r g i ę (*Principles and Practice of Surgey*) i a k u s z e r y ę wraz z g i n e k o l o g i ą, druga zaś p a t o l o g i ę, m e d y c y n ę w e w n ę t r z n ą (*Principles and Practice of Physics*), zasady h i g i e n y i m e d y c y n ę s ą d o w ą.

Po złożeniu egzaminów odbywa się t. zw. *Act*, t. j. kandydat przesyła *Thesis* profesorowi medycyny, który w razie przyjęcia oznacza dzień publicznej obrony. Kandydat czyta i broni swej tezy, przy czem prezydujący zadaje mu pytania tyczące się tezy, tudzież ogólne z medycyny.

Inny stopień lekarski jest *Bachelor of Surgery* (*B. C.*). Uzyskać go może każdy po złożeniu trzeciego egzaminu dla *M. B.* bez żadnego aktu. Tytuł *Master of Surgery* można otrzymać w dwa lata po *B. C.* i zdaniu egzaminu z p a t o l o g i i, c h i r u r g i i, a n a t o m i i c h i r u r g i c z n e j, i o p e r a c y i. Egzamin ten jest ustny, piśmienny i praktyczny.

Najwyższy stopień, t. j. *Doctor of Medicine* (*M. D.*) można otrzymać dopiero w trzy lata po zdaniu egzaminów dla *M. B.* Trzeba do tego odbyć akt podobny, jak dla *M. B.*, z pewnymi dodatkowymi warunkami, t. j. przed czytaniem tezy musi kandydat napisać *Extemporale* z jednego przedmiotu, który sobie sam wybierze, a mianowicie z f i z y o l o g i i, p a t o l o g i i, m e d y c y n y lub m e d y c y n y s ą d o w e j (*State Medicine*). Dyskusya nad tezą i egzamin ustny jest też trudniejszy, aniżeli przy *M. B.*

Tytuł, mianowicie w skróceniu, pisze się po nazwisku z dodatkiem gdzie został uzyskany, n. p. jeżeli w Cambridge, to *M. D. Cantab.*

---

†

V). Dr. Józef Rolle.

Dnia 21. z. m. zakończył życie w Kamieńcu Podolskim Dr. Józef Rolle, zasłużenie jeden z najpopularniejszych i najwięcej u nas cenionych ludzi. Szeroki widnokrąg, jaki zakreślił swej wszechstronnej pracy, wprowadził go w styczność ze wszystkiemi wybitnemi osobistościami, oraz naukowemi naszemi instytucyami i postawił w środku tego ruchu umysłowego, który go wyniósł na stanowisko pierwszorzędne, przodujące w narodzie.

S. p. Rolle urodził się w Henrykówce na Podolu, nauki niższe pobierał w Winnicy, Niemirowie Białocerkwi; w roku 1850. wstąpił na Wydział lekarski w Kijowie i ukończył go w 1855 r. *cum eximia laude*. Paroletnia praktyka lekarska nie czyniła zadość jego hojnie wyposażonemu umysłowi; to też już w r. 1858. udaje się do zaszczytnie znanego zakładu w Sonnenstein pod Dreznem, gdzie poświęca się nauce psychiatryi a rok 1860. w celu rozszerzenia koła wiedzy zawodowej spędza w Paryżu, zkąd wraca do Kamieńca i osiada w tem mieście, jako lekarz praktykujący. W owych latach głośni lekarze podolscy, tak dobrze zapisani we wdzięcznej pamięci Krakowian: Aleksander Kremer i Adryan Baraniecki założyli Towarzystwo lekarzy podolskich, w którem młody i zdolny Rolle znalazł obszerne pole dla swej naukowej czynności i został wybrany sekretarzem dorocznym a następnie stałym, aż do rozwiązania Towarzystwa.

Zmarły nosił na sobie wszystkie wyższe cechy swojej epoki. Jeżli o ludziach pierwszej ćwierci bieżącego stulecia powiada się, że było w nich zawsze coś z poety i coś z żołnierza, to o wychowańcach Kijowskiego Uniwersytetu z czasów ś. p. Rollego z równą słusznością rzec można, że każdy z nich, obok swego zawodu, uprawiał jakąś gałęź literatury. Umysłowa działalność ś. p. Rollego rozpada się na dwa łamy: lekarski i literacki; do r. 1866. przemaga pierwszy a po tym okresie drugi. Prac lekarskich, ogłoszonych między r. 1856 a 1888: w *Tygodniku Lekarskim*, *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego*, *Przeglądzie Lekarskim*, *Klinice*,

Dwutygodniku Higieny publicznej, naliczyliśmy 51. Od roku 1866. coraz częściej pojawiają się rozprawy treści historycznej tak, że między r. 1870 a zgonem, naliczyliśmy ich 22, zebranych w kilkanaście tomów, stanowiących nieoceniony przyczynek do dziejów naszych a w szczególności Podola.

Prace lekarskie ś. p. Rollego tyczyły się głównie medycyny publicznej, bystrych i pouczających spostrzeżeń kazuistycznych, lub też popularyzowania nowych poglądów i odkryć w zakresie wiedzy lekarskiej. Lecz i tu pierwiastek historyczny zaznaczył się wcześnie, gdyż już w roku 1862. ogłosił w *Tygodniku Lekarskim* dwie rozprawy, zaczerpnięte z dziejów medycyny w Polsce: *Notatki do historyi chorób wenerycznych w Polsce, z krótkim poglądem na stan medycyny u nas za panowania Stanisława Augusta* i *Materyały do historyi prostytucyi i sądowej medycyny w Polsce w XVII. i XVIII. stuleciu.* W roku 1872. ogłosił w Dwutygodniku *Higieny publicznej* interesującą rozprawę: *Szpitale, służba zdrowia, choroby panujące nagminnie w dawnem województwie podolskiem od początku XV. wieku.*

Monografie historyczne Rollego, które podpisywał Dr. Antoni J., mają doniosłe znaczenie: tak jak niedawno zgasły mistrz krakowski, który na swych genialnych płótnach powołał do życia, do świadczenia szereg ludzi i epokowych wypadków z dawno minionej przeszłości, tak i nieodżałowany dziejopis Podola wskrzesił w swych pracach historycznych poczet postaci kresowych i tych rycerzy bez skazy i lęku i te pełne hartu i męztwa niewiasty, zaludnił nimi „podolskie zamki i zameczki“, w których ten lud zbrojny wieki czatował i piersią swą zagradzał drogę napastniczej hordzie i pogaństwu.

Ze śmiercią Rollego zeszła do grobu postać także kresowa, lecz w pojęciu naszych czasów, bo walecznie całe życie broniąca prawdy historycznej i etnograficznej; z nim runął słup graniczny, niezbity świadek miedzy dziejowej.

Zmarły był kroniką żyjącą swego czasu, bo kogóż on nie znał i kto nie starał się jego poznać? Zżyty z obywatelstwem całego Podola, zaszczycony jego wszechstronnem zaufaniem, miał nieograniczony dostęp do archiwów rodowych i z tych raptularzy, dyplomów, nadań i t. d., których język jak rzadko kto znał, wytworzył nowe źródło do badań historycznych; na tej to drodze doszedł do cennych wyników, stwierdzających znaną zasadę dziedziczności w chorobach umysłowych, które ogłosił w *Przeglądzie Lekarskim.*

Postaci okazałej, budowy atletycznej, sił niespożytych, lecz tych pracą nadużywał: biegły, powszechnie ceniony lekarz, miał nader rozległą praktykę, której czas dzienny poświęcał, a gdy północ wybiła, zasiadał a właściwie stawał do pracy, bo zawsze stojąc pisał i dopiero kiedy inni wstawali, on układał się do spoczynku.

Śmierć Rollego, to strata nieobliczalna, nie dająca się mierzyć skalą żalu jednego człowieka lub jednego zawodu. Niech ta ziemia podolska, której dzieje opowiedział tak żywo i obrazowo, przytuli go do macierzyńskiego łona, niech społeczeństwo nasze, któremu wiernie i tak pożytecznie pół wieku służył, dochowa mu równie wiernej, wdzięcznej i niespożytej pamięci. *Dr. August Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Lutego 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Kolego Redaktorze!

Do obecnej chwili nie mamy żadnych szczegółów o mającym się odbyć Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie. Wobec tego, że wszystkie Zjazdy, jakie odbyć się mają w tym roku (Zjazd w Rzymie, Budapeszcie, Berlinie i inne) już od kilku miesięcy ogłosiły programy, dziwi mię mocno, że o naszym Zjeździe dotychczas nie mamy wiadomości ze Lwowa.

Proszę przyjąć wyrazy poważania *O. Bujwid.*

— Dr. Antoni Krokiewicz, lekarz powiatowy, pełniący swe urzędowanie w biurze sanitarnem Namiestnictwa, otrzymał od Wydziału krajowego nominacyę na prosektora szpitala powszechnego we Lwowie.

— Najwyższa Rada sanitarna austryacka oświadczyła na zapytanie w sprawie dopuszczenia kobiet do uniwersyteckich studyów medycznych i praktyki lekarskiej, że na razie nie ma potrzeby zasadniczego rozwiązywania tej kwestyi, w przypadkach jednak szczegółowych aż do chwili zupełnej reorganizacyi lekarskich studyów uniwersyteckich jaka się teraz odbywa, należy od kandydatek żądać tych samych warunków i egzaminów, jakich się żąda od mężczyzn.

— Podobnie, jak było na zjazdach poprzednich, będą i na tegorocznym zjeździe międzynarodowym lekarskim w Rzymie posiedzenia ogólne zajęte przez odczyty treści obchodzącej ogół lekarzy. Dotychczas przyjęli zaproszenie w tej mierze i mówić będą:

1) Nothnagel (z Wiednia): O stosowaniu się organizmu do zboczeń chorobowych.

2) Babès (z Bukaresztu): O zadaniu państwa ze względu na ostatnie rezultaty badania chorób zakaźnych.

3) Bizzozero (z Turynu): O wzroście i odradzaniu się ustroju.

4) Stokvis (z Amsterdamu): O stosunku kliniki do farmakoterapii i materyi lekarskiej.

5) Virchow (z Berlina): O Morgagnim i pojęciu anatomicznem.

6) Brouardel (z Paryża): O walce z epidemiami.

7) Laache (z Chrystianii): O przeroście samodzielnym serca.

8) Ramonny Cajal (z Madrytu): O morfologii komórek nerwowych.

9) Jacobi (z Nowego Jorku): *Non nocere.*

10) Danilewski (z Petersburga): O działaniu biologicznem fosforu w połączeniach organicznych.

— Ze zdania sprawy z instytutu Pasteurowskiego w Budapeszcie przedłożonego przez prof. Högyjesa węgierskiej akademii umiejętności dowiadujemy się, iż w 3-cim roku istnienia tego zakładu od 15. Kwietnia 1892. do 14. Kwietnia 1893. leczono w nim 647 osób. W 12 przypadkach, z których sześć było takich, z którymi zgłoszono się za bardzo późno, nie udało się zapobiedz wybuchowi wścieklizny. Odjąwszy owych 6 przypadków, pozostaje 641 osób leczonych, z których umarło sześć czyli 0·93%.

Śmiertelność w pierwszym roku istnienia zakładu wynosiła 1·16%, w drugim 0·56% czyli średnio w trzech pierwszych latach 0·91% na 1350 szczepionych.

Najwięcej przypadków wścieklizny trafiało się we właściwych miesiącach letnich: w Czerwcu, Lipcu i Sierpniu, najmniej w Listopadzie.

W trzech pierwszych latach istnienia zakładu Pasteurowskiego w Budapeszcie umarło na Węgrzech ze wścieklizny 103 osób, z których tylko 17 szczepiono.

— Przywieziony w roku zeszłym przez prof. Virchowa z okolic nadwołżańskich, głodem nawiedzonych, chleb przyrządzony z nasion komosy (*chenopoduin*), poleciło zbadać pruskie ministerstwo wojny w zakładzie agronomicznym w Halli. Pokazało się z tego, że ów chleb zawiera wprawdzie więcej azotu, niż chleb żytni i pszenny, że jednakowoż obawiać się należy po nim niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy z powodu za wielkiej ilości części nieorganicznych (popiołu) i celulozy, co zgadza się z doświadczeniami w tej mierze prof. Erismana w Moskwie, które wykazały, że w chlebie z komosy z białka jest tylko 52·62% strawnych. Do podobnych wypadków doszedł także Salmenew. Upada przeto nadzieja używania chleba z nasion komosy.

— Podczas ostatniej epidemii cholery w Petersburgu uważano powstanie miejscowego, bardzo groźnego ogniska w jednym zakładzie sierót. Ponieważ początek tej miejscowej epidemii przypada na początek także postu, przeto przypuszczają, iż nośnikiem choroby były w tym przypadku ryby pochodzące z wody zakażonej. Zostawałoby to w zgodzie z pojawieniem się w roku zeszłym cholery w Grimsby w Anglii, gdzie takie wywodzono niektóre przynajmniej przypadki ze spożycia ryb pochodzących z wody zakażonej, bez dostatecznego jednak na to dowodu.

Redakcya otrzymała:

Dr. Jan Sędziak. Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Warszawa 1893. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

Dr. J. Grundzach: *Ueber die Asche des normalen Kothes. Beitrag zur Physiologie des Darmtractus.* (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 7. Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: kol. Rościszewski: *Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy, przy równoczesnem stósowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych*; kol. prof. Cybulski: *Spirytyzm i nauka.*

— We środę dnia 7. Lutego b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w *Collegium novum* w sali Śniadeckich Zgromadzenie ogólne XVIII. wydawnictwa dzieł lekarskich, na które Szanownych członków i prenumeratorów uprzejmie zapraszam. Przewodniczący *prof. Dr. Korczyński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2114.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lutego r. b. 73—x—1

KONKURS.

na posadę drugiego lekarza pomocniczego przy krajowym zakładzie obłąkanych w Opawie na Szląsku austryackim.

Z posadą tą łączą się: pensya roczna w kwocie 1200 złr., stały dodatek służbowy w rocznej kwocie 100 złr., prawo do dodatków pięcioletnich wynoszących 10% pensyi i pomieszkanie bezpłatne z opałem i oświetleniem.

Podania o tę posadę należy wnieść najpóźniej 15. Lutego 1894. do szląskiego Wydziału krajowego w Opawie i do niego dołączyć:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo przynależności,
3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich i dowody szczegółowego uzdolnienia teoretycznego i praktycznego w psychiatryi,
4) dowody znajomości języków, przyczem nadmienia się wyraźnie, że jest pożądaną znajomość języka polskiego a względnie czeskiego,
5) jeżeli ubiegający się pozostaje w służbie publicznej, urzędową tabelę kwalifikacyjną lub inne świadectwa dotychczasowego zajęcia praktycznego.

Prócz tego należy nadmienić w podaniu, czy ubiegający się jest i w jakim stopniu spokrewniony lub skoligacony z którym z szląskich urzędników krajowych.

Wydział krajowy szląski.

Opawa 10. Stycznia 1894.

Marszałek krajowy
Henryk hr. Larisch.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.